

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1952
↗

817^{N°}

T H E S E

pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

D U C A S T E L Marcel

né le 29 Janvier 1926

à A M I E N S (Somme)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES HYDRORRHEES UTERINES VRAIES

NON GRAVIDIQUES

Président : Monsieur le Professeur BROCC

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1952

N°

T H E S E

pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

D U C A S T E L Marcel

né le 29 Janvier 1926

à A M I E N S (Somme)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES HYDRORRHEES UTERINES VRAIES
NON GRAVIDIQUES

--

Président : Monsieur le Professeur BROCCQ

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GUILLAIN, HARTMANN, HARVIER, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE, LHERMITTE, LOEPER, MARLON, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OMBREDANNE, ROUVIERE, SANNIE, SEBILEAU, SEZARY, TANON.

DOYEN : Léon BINET,
Membre de l'Institut.

ASSESSEUR : Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

Anatomie		MM. OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique		DELARUE
Bactériologie		GASTINEL (P.)
Biologie médicale		VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale		HUGUENIN (R.)
Carcinologie		OBERLING (C.)
Chimie médicale		POLONOVSKI (M.)
Cliniques chirurgicales	{ Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
	{ Saint-Antoine	CADENAT (F.)
	{ Salpêtrière	MONDOR (H.)
	{ Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique		MERLE D'AUBIGNY
Clinique de cardiologie		DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie		FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS
Clinique de puériculture		LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS
Clinique des maladies du sang		CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants		DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (F.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO
Cliniques médicales	{ Hôtel-Dieu	BENARD (H.)
	{ Bichat	LAROCHE (G.)
	{ Cochin	MOREAU
	{ Pitié	LIAN (C.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		JUSTIN-BESANÇON (J.)
Clinique médicale propédeutique		PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)

Cliniques obstétricales	(Tarnier	MM. LANTUEJOUL
	(Baudelocque	LEVY-SOLAL (E.)
	(Port-Royal	LACOMME
Clinique ophtalmologique		VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)		RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique		COSTE (F.)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale		CHABROL (E.)
Clinique urologique		FEY (B.)
Embryologie		GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MOUQUIN
Histologie		CHAMPY (C.)
Génétique		LAMY
Hygiène et clinique de la première enfance		CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C.)
Médecine du travail		DESOILLE (H.)
Médecine légale		PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale		GAILLARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART	D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique		LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée		LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale		BARIETY
Pathologie et thérapeutique générales		DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale		HAZARD (R.)
Physiologie		BINET (L.)
Physique médicale		STROHL (A.)
Radiologie médicale		DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale		MOULONGUET (P.)
Thérapeutique		TURPIN (R.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES :

Anatomie	(CORDIER (J.C.)	MM. Pr.s.ch.
	(DEBEYRE (J.)	
	(DELMAS (A.)	
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS (Melle P.)	Pr.
	(BUSSER (F.)	s. ch.
Bactériologie	(FASQUELLE (R.)	
	(NEVOT (A.)	
Biologie médicale		BOURLIERE (F.)
Chimie médicale	(ETTORI (J.)	Pr.s.ch.
	(JAYLE (M.F.)	Pr. s. ch.
	(SCHAPIRA (G.)	
Dermato-syphiligraphie		DEGOS (R.)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550412_0018

MM.

Histologie	(BULLIARD (H.) Pr. s. ch. (COUJARD (R.) (DESCLAUX (P.)
Hydrologie	DEBRAY (C.)
Hygiène	(BOYER (J.) (DEPARIS (M.)
Médecine légale	(DEROBERT (L.) (GAULTIER (J.)
Neurochirurgie	N...
Neurologie	SEZÉ (S. DE)
	(GRASSET (J.) (LEPAGE (F.) (MAYER (M.) (MERGER (R.) (RAVINA (J.) (VARANGOT (J.)
Obstétrique	
Ophtalmologie	(OFFRET (G.) (DESVIGNES (P.)
Oto-rhino-laryngologie	(HALPHEN (E.) Pr. s. ch. (MADURO (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.)
Parasitologie coloniale	ff. CHABAUD
	(ABOULKER (P.) (BAUMANN (J.) (GOSSET (J.) (HUGUIER (J.) (LAURENCE (G.) (LEGER (L.) (OLIVIER (Cl.) (PADOVANI (P.) (POILLEUX (M.) (ROUX (M.) (RUDLER (J.-C.) (VERNE (J.-M.)
Pathologie chirurgicale	
	(OLIVIER (Cl.) (PADOVANI (P.) (POILLEUX (M.) (ROUX (M.) (RUDLER (J.-C.) (VERNE (J.-M.)
Pathologie expérimentale	MERKLEN (P.)
	(BERNARD (J.) (BOUDIN (G.) (CASTAIGNE (P.) (CONTE (M.) (DECOURT (J.) (DOMART (A.) (DREYFUS (Gilbert) (FAUVERT (R.) (HAMBURGER (J.) (KOURILSKY (R.) (MAURIC (G.)
Pathologie médicale	

MM.

Pathologie médicale	{ MILLIEZ (P.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.)
Pédiatrie	{ LAPLANE (R.) MARIE (J.)
Pharmacologie	{ LEVY (Mlle J.) Pr. s. ch. CHEYMOL (J.H.)
Physiologie	{ BARGETON (D.) PARROT (J.L.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) Pr. s. ch. DJOURNO (A.) GOUGEROT (L.)
Psychiatrie	BARUK (H.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	PERRAULT, Chargé de l'enseignement
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens :

MM. (Pathologie chirurgicale), BRINDEAU (A.)
(Obstétrique), GATELLIER (J.) (Clinique chirurgicale),
LE LONIER (V.) (Obstétrique, VAUDESCAL (R.) (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent :

MM.

Clinique chirurgicale	{ AMELINE (A.) MENEGAUX (G.) PATEL (J.) SICARD (A.) BOULIN (R.) BROUET (G.) CACHERA (R.) GARCIN (J.) HAGUENAU (M.) LENEGRE (J.) MARCHAL (G.) SOULIE (E.)
Clinique médicale	

MM.

Clinique obstétricale	(DIGONNET { ECALLE (G.) { LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

MM.

Secrétaire de la Faculté	MOREL (J.)
Secrétaire-adjoint	Melle CH. INTREUIL (G.)

Bibliothécaire en Chef	Docteur HAHN (A.)
Bibliothécaires	{ Melles DUMAITRE (P.) GOICHON (A.M.) LAURENT (H.) { LE NOIR (G.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE - A MON PERE

Qu'ils trouvent ici le modeste témoignage
de ma gratitude et de ma reconnaissance
pour l'affection dont ils m'ont entouré et
les sacrifices qu'ils ont consentis au
cours de mes études médicales.

A MA FEMME -

A MA FILLE -

A MES SOEURS - A MES BEAUX-FRERES

A Tous Mes Parents

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCC

PROFESSEUR de clinique chirurgicale

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Membre de l'Académie de Chirurgie

Officier de la Légion d'Honneur

En remerciement du grand honneur qu'il
m'a fait en acceptant la présidence de
cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARAVEN •

Ancien Interne, Médaille d'Or des Hôpitaux de Paris
Associé National de l'Académie de Chirurgie
Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine d'Amiens
Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de respectueuse admiration.

La clarté et la richesse de son enseignement
clinique, la sûreté de ses gestes opératoires
nous rappelleront les meilleures années de
nos études médicales.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERGE

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TASSEL

En remerciement pour l'amitié qu'il
m'a toujours témoignée et les précieux
conseils qu'il m'a prodigués sans compter.

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'AMIENS

Monsieur le Docteur BLANCHART
Monsieur le Docteur DES IRIER
Monsieur le Docteur GIRARD
Monsieur le Docteur LOYGUE
Monsieur le Docteur MARESSALLE
Monsieur le Docteur POULAIN

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE DE MEDECINE D'AMIENS

Monsieur le Professeur Gérard PERDU
DIRECTEUR DE L'ECOLE DE MEDECINE D'AMIENS

Monsieur le Professeur BALEMENT
Monsieur le Professeur BAX
Monsieur le Professeur FILACHET
Monsieur le Professeur HETROY
Monsieur le Professeur HYVERT

A Monsieur le Docteur Christian PERDU
A Monsieur le Docteur MINOT
A Monsieur le Docteur CLASSEN
A Monsieur le Docteur DUFONT
A Monsieur le Docteur RUDELLE

A Monsieur FLANTARD, Secrétaire de l'Ecole de Médecine
d'Amiens.

A M E S A M I S

Jean RUMAN

Pierre EGRET

Joseph MORIAUCOURT

Bernard VASSELLE

Maurice LEMAITRE

Jacques FOUREAUX

Roland CARDON

Henri DELAMOTTE

Je dédie cette thèse.

- HISTORIQUE -

Nous ne citerons qu'à titre de curiosité l'observation de THOMAS FOWET qui en 1700 dans le "Sepulchretum" parle "d'un liquide aqueux contenu dans l'utérus des femmes non gravides" - et au même titre celle de M. PLANQUE 1762 qui dans son si divertissant traité intitulé "Bibliothèque choisie de Médecine", au chapitre "Mois des femmes" traitant des "fleurs blanches" précise : "il y a quelques exemples où l'écoulement est périodique et déterminé. Quelquefois il précède, ou il accompagne, ou il suit, l'écoulement menstruel. Lorsqu'il est très violent il supplée aux règles mêmes".

Arrivons en 1816 pour voir BOIVIN et DUGER parler d'Hydrométrie symptôme de diverses affections utérines.

La même année LAFOSSE intitule sa thèse "De l'Hydrométrie".

En 1844 TESSIER dans la "Gazette Médicale de Paris" traite de l'Hydropisie et de la tympanite utérines hors de l'état de gestation".

En 1877 WORMS décrit les fibromes hydrorrhéiques.

En 1884 JAMES OLIVER attribue l'Hydorrhée à des troubles du système vaso-moteur et du système Neuro-végétatif.

BERTHAULT également en 1891. "Etude sur les fibromyomes fluctuants et hydorrhéïques de l'utérus".

En 1884 Melle COUTZAMIDA parle dans sa thèse de l'hydorrhée au cours du cancer de l'utérus.

En 1911 CAULET étudie l'hydorrhée survenant au cours des cures thermales de St-Sauveur - Thèse de Paris.

En 1919 - Thèse de NEAU (Paris "Hydorrhée en dehors de la grossesse".

En 1924 - Thèse de M. DENVILLE : "De l'hydorrhée utérine non gravidique".

Nous citons en dernier les auteurs les plus importants:
TRELAT : Etude sur les fibromes hydorrhéïques
CHUVEILHIER - COURTY et HEGARD : Endométrites hydorrhéïques.

DALCHÉ et DENVILLE : Hydorrhées par hypertonicité musculaire.

DALCHÉ : Hydorrhées séreuses des psychiques.

LERICHE : Hydorrhée et système nerveux sympathique.

En concluant cet historique, certes très incomplet, notons que nous n'avons pas retrouvé de travaux importants sur l'Hydorrhée menstruelle.

CHAPITRE I GENERALITES SUR L'HYDRORRHEE

I

DEFINITION

L'Hydrorrhée est selon DALCHE un "écoulement aqueux sorti de la cavité de l'utérus".

J.E. Marcel et Maurice FABIE la définissent comme "une leucorrhée très liquide analogue à l'eau et dont l'origine peut être vaginale ou utérine".

II

MODES DE DEBUT ET MODALITES DE L'EMISSION

En général le début est brutal. Sans prodrome à l'occasion d'un simple mouvement la soudaine irruption d'un liquide séreux, abondant, est une surprise pour la malade qui est obligée de se garnir. Rien n'annonce l'Hydrorrhée. Son expulsion rapide peut la faire prendre pour une miction involontaire. Tantôt tout se borne à deux ou trois accès. Dans d'autres cas l'écoulement persiste des heures entières.

Beaucoup plus rarement le début est progressif et l'Hydrorrhée est alors permanente, avec pourtant une augmentation marquée au début de la menstruation et au milieu de la période intermenstruelle.

Fréquemment l'hydorrhée disparaît pendant les règles.

Très rarement l'hydorrhée peut remplacer partiellement ou totalement les règles et semble alors être en rapport avec le cycle oestral.

III

PHENOMENES CLINIQUES ACCOMPAGNANT L'HYDORRHEE

Très souvent l'Hydorrhée est le seul symptôme qu'accuse la malade. L'écoulement n'est pas douloureux. L'état général est conservé.

Parfois au contraire la malade souffre :

- Douleurs du bas ventre - irradiant vers les lombes - Douleurs à types de coliques -
- Douleurs abdominales - troubles intestinaux - Coliques -
- Douleurs salpingiennes - salpingo-ovariennes -

L'hydorrhée peut s'accompagner d'atteinte marquée de l'état général. La malade se plaint de lassitude, d'anorexie, d'amaigrissement. Peu à peu s'installe un état de dénutrition avec atteinte du psychisme. Ce syndrome est réalisé dans la forme d'hydorrhée continue, dont l'origine est vraisemblablement vaginale autant qu'utérine.

L'Hydrorrhée peut alterner avec des crises de polyurie. Peut-on voir là un trouble de la régulation du métabolisme de l'eau ?

L'Hydrorrhée peut alterner avec des crises hémorroidaires - des saignements de nez - un écoulement nasal hydrique.

L'Hydrorrhée peut s'accompagner de dysfonction.

L'Hydrorrhée peut alterner avec les phénomènes anaphylactiques - Crise d'asthme - Foussée d'urticaire - d'eczéma - accès de migraine. Tous ces phénomènes allergiques disparaissant dès l'installation de l'Hydrorrhée.

L'Hydrorrhée peut alterner avec des troubles vaso-moteurs.

L'Hydrorrhée peut s'accompagner des troubles psychiques.

Ces divers phénomènes cliniques associés à l'Hydrorrhée montrent combien il est difficile de trouver un fil conducteur permettant de les réunir et peuvent dès le début nous faire penser que l'Hydrorrhée est le résultat d'un déséquilibre général où le système nerveux végétatif et les hormones doivent jouer un rôle important.

IV

ANALYSE DU LIQUIDE

1°) - au point de vue histologique :

on trouve en abondance des cellules vaginales
et utérines. Saines ou pathologiques.

Il n'y a le plus souvent pas de signe d'infection.

2°) - au point de vue chimique :

- Urée : 2 à 5 grs par litre -

- Albumine : des traces

- Chlorure de Sodium

- Pas de mucine ni de sucre

- Présence d'un peu de phosphate ammoniaco-magnésien.

3°) - Densité : 1.003 légèrement inférieure à la
densité de l'urine.

4°) - Quantité : parfois peu abondant 100 cc.
presque toujours très abondant 500 cc.

C'est un liquide fluide - citrin - séreux. Il
n'empêche pas le linge.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic positif est généralement facile. Parfois la question se pose du diagnostic différentiel; il doit être fait avec :

1)- l'incontinence brusque d'urine -

Il peut paraître surprenant qu'on ait à trancher parfois ce diagnostic. Pareille éventualité existe cependant, et le Professeur CARAVEN nous a signalé, courageusement, un cas où l'erreur fût commise. Il s'agissait d'une femme de Corbie qui fut présentée à notre Maître pendant la guerre 1914-1918 par deux chirurgiens des Hôpitaux, l'un de Nancy, l'autre de Paris, comme atteinte d'hydrorrhée utérine. Le soin des trois chirurgiens fût désormais de chercher à connaître la cause de cette hydrorrhée. Et comme l'examen courant s'avérait négatif, ils décidèrent de faire une anesthésie générale, de dilater largement le col et de procéder à un toucher intra-utérin. Cela ne donna aucun résultat positif. L'utérus ayant été passablement traumatisé pendant ces manoeuvres, il fût décidé, d'un commun accord, que l'hystérectomie vaginale était la solution convenable. Et elle fût

faite immédiatement, avec ligatures et suture du vagin; l'utérus n'avait aucune lésion. Dix jours après la malade, en rentrant chez elle, s'assit sur un fauteuil et inonda le coussin qui le recouvrait. Notre Maître appelé vit la malade aussitôt, exprima le coussin avec force, et en retira un liquide dont l'odeur et la teneur élevée en urée ne laissaient aucun doute au point de vue de sa qualité urinaire.

2)- L'accumulation d'urine dans le vagin et son issue
brusque au moment d'un effort - exceptionnel -
(uro-colpos)

Notre Maître le Professeur CARAVEN a observé une jeune fille chez laquelle l'urine s'écoulait en partie dans le vagin au moment de la miction, et y restait accumulée grâce à une position très antérieure de la fourchette vulvaire. Elle en était expulsée à l'occasion d'un léger effort. Il suffit de réséquer un petit triangle cutané de fourchette, à base antérieure, pour guérir ce trouble curieux, tout à fait rare.

3)- Les vomiques vaginales des brûlées par injections.

L'abus des injections vaginales très chaudes, faites par les femmes à tort et à travers peut créer une hydrorrhée vaginale. L'examen montre une rougeur diffuse du vagin, avec parties nécrotiques qui fait faire le diagnostic.

4)- Les vomiques tubaires.

Le liquide aqueux/^{qui}provient de l'irruption dans l'utérus de la sérosité des hydrosalpinx, n'est pas une hydorrhée utérine. Il résulte de la profluence dans l'utérus des poches salpingiennes - c'est une vomique tubaire.

Le diagnostic de la profluence était connu des anciens cliniciens. Ils savaient que parfois il y a brusque disparition d'une collection tubaire après une vomique séreuse. Lorsque l'examen clinique courant révèle une collection salpingienne importante, la pression bimanuelle sur cette poche peut faire sortir du liquide par le col utérin, liquide qui inonde la main vaginale.

Il en a été ainsi dans une observation classique, celle de ROUTIER (1).

Mais en réalité ces faits sont extrêmement rares. La profluence des salpinx est progressive et au long cours, et il faut généralement l'hystérosalpingographie répétée pour en donner la preuve.

Notre Maître le Professeur CARAVEN a publié sur ce point une étude (2), où il montre que le

Routier

observation citée par Pierre DELBET, in Les suppurations pelviennes
Les pyosalpinx profluents.- Gazette médicale de Picardie .

lipiodol introduit dans une poche salpingienne finit par s'éliminer au cours des mois suivants; et comme l'orifice externe de la trompe est fermé, le lipiodol n'a pu s'éliminer que par l'isthme de la trompe. Au reste quand il s'agit d'autre chose que d'un liquide séreux, on sait que les malades sont sujettes à des pertes quotidiennes "distillantes", colorées et souvent malodorantes, qui les désolent, et qui sont la marque de la profluence.

- 5)- Ecoulements hydrorrhéïques d'origine vestibulaire, psychiques, érotiques, n'ont jamais l'abondance des écoulements hydrorrhéïques utérins vrais. Dans l'argot spécial à certaines femmes elles disent qu'elles "mouillent".

CHAPITRE III

LES HYDORRHEES UTERINES VRAIES NON GRAVIDIQUES

Ce que les malades, et les médecins, appellent pertes blanches, est une sorte de pot-pourri où l'on trouve de tout :

- les sécrétions purulentes de la blennorrhée
- les vaginites parasitaires
- les pertes séreuses aseptiques qui résultent de simples troubles fonctionnels.

Les auteurs qui traitent de ces pertes juxtaposent, souvent dans le même paragraphe, les pertes d'origine utérine, d'origine vaginale, et même d'origine vulvaire.

Quant au traitement, il va de l'injection vaginale à l'hystérectomie, même chez les jeunes. Aussi il n'est pas exagéré de dire, comme COTTE, que les "pertes blanches" sont l'opprobre de la gynécologie, au moins en ce qui concerne leur traitement.

Il semble cependant qu'avec de l'ordre et de la méthode on puisse cantonner le sujet et en faire une étude raisonnée.

Pour ce qui nous concerne, nous voulons la limiter et nous spécifions d'emblée que toutes malades en état de grossesse, à quelque période que ce soit, sont éliminées de notre travail. Nous parlerons exclusivement d'hydrorrhée non gravidique.

Et dans cette classe nous nous occuperons uniquement des Hydrorrhées qui ont leur origine exclusive dans la cavité du corps utérin (Hydrorrhées utérines vraies).

Normalement, il existe une sécrétion séreuse du corps utérin, grisâtre, visqueuse, alcaline, qui s'accumule pendant l'intermenstruum, et qui s'élimine par le col, sans doute relâché, immédiatement avant les règles. C'est là en réalité une notion de caractère simplement scientifique, et non un trouble de caractère clinique. Les femmes ne s'aperçoivent généralement pas de cette issue à moins qu'elle soit un peu abondante, et qu'elle mérite le nom d'hydrorrhée prémenstruelle. On s'accorde généralement à penser alors qu'elle est due à une hyperplasie de la muqueuse utérine conséquence d'un trouble fonctionnel de l'ovaire (peut-être accompagné d'hyperfolliculinémie).

Il en est de même lorsqu'il s'agit d'hydrorrhée post-menstruelle, elle paraît due à une sorte de transsudation à travers la muqueuse utérine, due elle-même à un certain retard dans la régénération de l'épithélium muqueux du corps.

La véritable hydrorrhée utérine est l'issue brusque, par l'orifice du col d'un liquide aqueux, formé en abondance dans la cavité du corps, y restant contenu dans l'intervalle de deux émissions, s'extériorisant d'un coup à toute époque du Cycle, parfois même pendant les règles; l'hydrorrhée peut même se substituer aux règles hémorrhagiques.

Cette sécrétion permanente ne s'extériorise pas en dehors des menstruations par suite d'une rétention physiologique. En effet : entre les menstruations existe une hypertonie du col utérin, d'ailleurs oblitéré par le bouchon glaireux cervical.

L'Hydrorrhée est due à un excès de sécrétion de la muqueuse utérine. CRUVEILHIER et COURTÉ insistent sur l'hypersecrétion des glandes utérines.

D'après COURTÉ "l'hydrorrhée suppose une augmentation de la sécrétion utérine accompagnée généralement d'une diminution de densité du liquide secrété".

D'après DOLLÉIS et PICHEVIN "c'est l'appareil glandulaire de la muqueuse corporéale de l'utérus qui produit la sécrétion anormale".

Pour expliquer les différentes formes cliniques de l'Hydorrhée on a fait intervenir le fonctionnement du Sphincter isthmique.

On distingue deux types de sécrétion : l'hypersecretion et l'hyposecretion.
La tonicité du col utérin est normale - et nous sommes alors en présence d'une Hydorrhée menstruelle pure. C'est très rare. Elle est, le plus souvent, pré-menstruelle - les règles suivent, normales.

Ou bien il y a non seulement hypersecretion mais encore un dysfonctionnement du col. L'écoulement est alors soit continu, soit plus marqué entre les menstruations, soit complètement anarchique - survenant sans **aucun** rapport avec la menstruation.

Cette participation du sphincter isthmique est-elle justifiée. Les expériences de A. LIESSE et R. PALIER ont permis de **mesurer** le tonus du sphincter isthmique par l'introduction de gaz à débit constant au moyen d'une sonde intra-utérine. Le gaz fuit par le sphincter lorsque son tonus est vaincu par une certaine pression. Ces auteurs ont constaté l'existence de variations régulières du tonus isthmique au cours

CHAPITRE IV

LES CAUSES

Nous distinguerons deux variétés cliniques :

- symptomatiques
- idiopathiques

A - HYDRORRHEES SYMPTOMATIQUES

1 - Au cours des grosses lésions utérines

Lésions accessibles au palper bimanuel, au toucher vaginal, ou à tous autres modes d'investigations tels que l'hystéroggraphie, l'hystérométrie. Il s'agirait alors d'une stimulation hyperplasique des glandes de la muqueuse, en rapport avec une irritation in situ.

a) Fibrome - Fibromes hydrorrhéiques de TRELAT à grande cavité utérine.

Ce n'est pas un symptôme précoce. On l'observe plus fréquemment dans la variété sous-muqueuse.

b) Polype fibreux intra-cavitaire -

Devant les difficultés cliniques de diagnostic (autrefois des hystérectomies abusives ont été faites) on aura recours à l'Hystéroggraphie.

c) Cancer du corps - On a dit que l'hydorrhée pouvait en être un symptôme important. Melle COUZAKIDA dans sa thèse de 1884 considérait l'hydorrhée comme un signe pathognomonique de cancer. POZZI s'est élevé contre cette assertion.

Aujourd'hui l'hystérogographie, le curettage biopsique, le cyto-diagnostic ont simplifié les choses.

d) Cause rare : Un cas de KELLER où l'hydorrhée serait due à un adénome mucoïde.

2 - les hydorrhées surviennent au cours d'infection du tractus genital : endométrite - métrite chronique -

Il y aurait sténose isthmique par congestion et irritation de la muqueuse : crises sécrétoires au cours de l'endométrite chronique en particulier.

3 - les hydorrhées surviennent au cours des troubles de la statique utérine : latéro-anté-rétro déviation - qui par congestion passive de l'utérus augmente la transudation et provoque la rétention par coagulation de la lumière utérine.

B - HYDORRHEES IDIOPATHIQUES -
=====

En dehors de ces hydorrhées qui ont une base organique voyons ce que nous pouvons appeler les

Hydorrhées idiopathiques ou essentielles, vieux terme d'ordre général qui signifiait autrefois "sans cause". Qu'il faut interpréter aujourd'hui "sans cause connue", sans cause apparente. Ce sont les hydorrhées monosymptomatiques ou hydorrhées fonctionnelles où l'examen clinique ne montre rien d'anormal au niveau du tractus génital.

DALCHÉ et DERVILLE faisaient intervenir l'Hypertonie musculaire des fibres utérines dans la pathogénie de l'hydorrhée. Voici leur hypothèse :

Il y aurait "congestion de l'utérus" d'où stase sanguine. La circulation de retour se faisant lentement vers la veine cave inférieure le taux de CO_2 sanguin augmenterait, d'où hypertonicité des fibres musculaires de l'utérus et expression du contenu des glandes de la muqueuse utérine. Il existerait de plus un état , spasmodique du col qui ne ^{pe} laisserait franchir que sous l'hyperpression du liquide.

Pourtant DERVILLE, en 1924, dans sa thèse, entrevoit la possibilité d'une déficience hormonale et prescrit comme remèdes : l'Opothérapie hypophysaire sous forme d'extrait total de la glande pituitaire et des extraits thyroïdiens à doses croissantes.

- LERICHE et STRICKER ont montré que la sécrétion des glandes de la muqueuse utérine est sous la dépendance du système nerveux sympathique - en effet la sécrétion du sympathique augmente la sécrétion.

- PÉTERSON dans une observation parue en 1914 a rapporté un cas "d'hydrorrhée non gravidique due à l'hystérie", sans toutefois conclure à une influence psychique dans sa pathogénie.

- On a vu dans l'hydrorrhée un phénomène anaphylactique. Alternance avec des éruptions d'urticaires, des crises d'asthme.

- On a fait rentrer l'Hydrorrhée dans le cadre de cette entité très à la mode autrefois de "Neuro-arthritisme."

Terminons cet exposé des anciennes pathogénies possibles de l'hydrorrhée, par cette dernière qui, reprenant les études de CAULET sur l'influence des cures thermales de St-Sauveur, de Biarritz, et s'appuyant sur le fait que l'hydrorrhée peut survenir au cours d'affections rénales avec rétention chlorurée, faisant rentrer l'hydrorrhée dans le cadre d'une maladie générale au même titre que l'oedème ou l'ascite.

Nous voyons donc combien étaient diverses les hypothèses émises depuis une trentaine d'années quant au mécanisme de cette affection.

MM. BONAPOS et LAFONT dans un article de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale de juin 1950 voient dans une dysendocrinie "le cause à la fois de l'hydrorrhée et de la lésion coexistante".

Cette opinion se base sur

- des faits d'ordre expérimental
- des faits cliniques

I - Faits d'ordre expérimental -

La production d'hydrorrhée sous l'influence d'injections d'androgènes.

Les travaux de HANS SELYE ont mis en lumière la part dévolue aux androgènes dans la genèse des sécrétions génitales : d'où orientation biologique nouvelle.

Un de ces faits nous a été communiqué par le Docteur SPRINGER :

Observation n° 1 - Hydrorrhée sous l'influence d'un Traitement par la Progestérone -

Il s'agit d'une femme de 39 ans qui consulte en Novembre 1950 pour des manifestations douloureuses au niveau des seins dans la période prémenstruelle.

A l'examen : Présence de petits noyaux durs, en forme de grains de plomb, douloureux à la pression, mobiles : Il semble s'agir là d'une mastose sclérolékystique.

Examen histologique de la muqueuse utérine :

La Biopsie de l'Endomètre est pratiquée au 24e jour du cycle. Elle montre : Endomètre atrophique avec de rares tubes glandulaires étroits et légèrement sinueux, bordés de cellules cylindriques hautes à noyaux basaux.

Cet aspect histologique a été interprété comme étant le résultat d'une hypo-ovarie à prédominance lutéinique. Sous l'action d'un traitement par la Progestérone au cours de la seconde partie du cycle menstruel, une hydroménorrhée importante est apparue lors des premiers jours des règles. Les noyaux mammaires semblaient diminuer de volume.

On fait alors un traitement par la Folliculine entre le 1er et le 24e jour : Disparition de l'hydroménorrhée. Règles normales sans phénomènes mammaires douloureux. Les noyaux mammaires ont disparu.

Le Traitement est poursuivi pendant trois mois - guérison depuis plus d'un an.

II - Faits cliniques -

Nous étudierons trois cas d'Hydrorrhées Menstruelles Fonctionnelles d'origine endocrinienne.

Observation n° 2 -

Il s'agit de Mme D... âgée de **33** ans. Mariée - sans enfant - Depuis quatre ans cette malade est réglée régulièrement tous les vingt huit jours, mais ses règles qui durent trois ou quatre jours "ne sont pas du sang mais de l'eau" selon son expression.

L'examen : au toucher vaginal le col est normal, le corps utérin de volume normal - de forme et de consistance normales. On ne sent pas les annexes.

L'Hystérométrie donne 8 cm.

L'Hystérogrophie montre une image du corps utérin partout normale sauf au niveau de la corne utérine droite qui est enflée, arrondie en forme de mamelon. On trouve à ce niveau une lacune entourée d'une rigole sombre de lipiodol. La corne gauche est aigüe. On porte alors le diagnostic de polype muqueux ou de petit fibrome, auxquels on attribue l'hydrorrhée.

A L'intervention chirurgicale

A gauche : adhérences courtes du grêle, les annexes gauches ont été extirpées autrefois pour salpingite.

A droite : adhérences de la trompe au Douglas et de la face postérieure de l'utérus au rectum.

La trompe est perméable et il n'y a pas d'hydrosalpinx.

Hystérotomie longitudinale médiane : sur la tranche de section vers la corne droite on trouve un petit fibrome que l'on enlève.

Suture de l'utérus au catgut.

Guérison opératoire. Suites opératoires sans histoire. Les règles reviennent le mois suivant. Elles sont normales. Il n'y a pas d'hydrorrhée.

Mais le second mois l'hydrorrhée reparait et les mois suivants il existe deux pertes hydrorrhéïques par cycle. Ces pertes cessent par le décubitus.

De cette intervention injustifiée il apparaît donc
que les constatations de l'hystérographie ne sont pas
suffisantes pour autoriser une opération chez une malade
atteinte d'hydrorrhée et les recherches doivent être
poursuivies pour aboutir au diagnostic d'hydrorrhée fonc-
tionnelle d'origine hormonale : cas vraisemblable de cette
malade que nous n'avons malheureusement pas retrouvée.

Observation n° 3 (Docteur SPRINGER)

Mme Suzanne S Agée de 30 ans, consulte en novembre 1950 pour des douleurs du bas ventre irradiant vers les régions lombaires, douleurs à types de coliques utérines, semblables, aux dires de la malade, "aux douleurs de l'accouchement". Ces douleurs ont débuté il y a six mois environ sans cause apparente. Elles sont d'apparition irrégulière, mais sont surtout nettes au cours des menstruations où elles s'accompagnent d'une hydorrhée importante. Ses règles sont régulières mais peu abondantes. Cette malade a eu deux grossesses normales, la dernière de 1949.

À l'examen : au toucher vaginal : on trouve au niveau de la corne utérine droite une petite masse dure, régulière, adhérente à l'utérus, du volume d'un petit oeuf. Il semble s'agir d'un petit fibrome de la corne droite.

Ce diagnostic est renforcé par l'Hystéroggraphie.

Intervention chirurgicale

Ablation d'un petit fibrome de la corne droite.
Les trompes sont perméables. Les ovaires sont normaux.

Suites opératoires : normales, mais :

Un mois après l'intervention se produit une nouvelle hyarorrhée.

Une cure de l'endométrite avec le sonde de Kary est pratiquée le 24e jour du cycle.

L'examen histologique montre :

Endomètre constitué par des glandes assez nombreuses, rondes ou légèrement sinueuses, sans indentations conjonctives. Les cellules bordantes sont cylindriques, hautes; leurs noyaux sont basaux, les mitoses sont peu nombreuses. Le Stroma est oedémateux - on note l'absence de glycogène.

Cet aspect histologique de la muqueuse utérine évoque celui que l'on a l'habitude de voir ordinairement avant l'ovulation.

Devant une insuffisance lutéïnique possible on conseille alors un traitement par Progestérone. Dose globale de 40 mg. répartie entre le 16e et le 24e jour du cycle.

Les mois suivants les règles sont normales. L'Hydrorrhée semble guérie depuis cette date.

Observation n° 4 - (Docteurs CARAVEN et SPRINGER)

mm. L âgée de 41 ans consulte le 23 octobre 1950 pour une hyarorrhée menstruelle. Formée à l'âge de 14 ans suite à une menstruatie, jusqu'à sa première grossesse en 1933 à l'âge de 24 ans, des règles régulières mais abondantes. Lors du 7e mois de cette première grossesse, qui jusqu'alors n'avait entraîné aucun trouble particulier, la malade présente une hyarorrhée importante. La grossesse se poursuit. L'accouchement est normal. Retour de couches normal. Disparition de l'hyarorrhée.

Cette hyarorrhée ne devait se reproduire qu'à l'occasion d'une 2e grossesse en 1939. A partir du 4e mois de cette grossesse la malade présente tous les cinq à six jours et jusqu'à terme, des hyarorrhées importantes.

Il s'agit certainement à chacune de ces deux grossesses de ce que les accoucheurs appellent l'endométrite déciuale chronique, ou les glandes hypertrophiées sécrètent abondamment et où il peut y avoir absence de coalescence entre les caduques utérine et ovulaire. Il doit y avoir là une stimulation hormonale anormale de la caduque.

En janvier 1948 sans cause apparente, lors des deux premiers jours des règles, une nouvelle hydrorrhée se reproduit, qui se renouvelle les mois suivants. Un médecin consulté hésite entre le diagnostic de fibromyome et celui de grossesse de trois mois et demi. Le lendemain de cet examen, perte d'eau très importante. L'utérus reprend une taille et un volume normaux.

En mars 1948 : un autre médecin attribue ces hydrorrhées à un petit fibromyome et conseille l'intervention.

Le compte rendu opératoire signale : "Deux fibromes de la taille d'une noix sur la face postérieure de l'utérus. Myomectomie et ligamentopexie - Epiploïte inflammatoire, résection large de l'épiploon. Ovaires et trompes normaux. Pas de néoplasie".

Quinze jours après l'intervention, nouvelle hydrorrhée que l'on traite par diathermie et Calcium : guérison passagère.

Depuis cette période et jusqu'en octobre 1950 la malade présente tous les mois, lors des deux premiers jours des menstrues, une hydrorrhée importante.

Le 23 octobre 1950 l'examen clinique de la malade ne montre rien d'anormal.

Le toucher vaginal permet de percevoir un utérus de taille, volume, consistance, normaux.

Les paramètres sont souples, les annexes ne sont pas perceptibles.

L'hystérographie montre un utérus et des trompes normaux.

On peut cependant constater un aspect légèrement frangé des parois en rapport peut-être avec une hyperplasie de la muqueuse utérine.

L'examen histologique de la muqueuse utérine prélevée avec la sonde de Novak sur les faces antérieure, postérieure et latérale gauche de l'utérus le 24^e jour du cycle de 28 jours montre :

- Endomètre constitué par des glandes rares, rondes légèrement sinueuses - sans trace d'indentations conjonctives.

Les cellules bordantes sont monostratifiées, cylindriques, hautes. Leurs noyaux sont basaux, les mitoses sont nombreuses.

Par ailleurs le stroma est oedémateux. Les noyaux des cellules du chorion cytogène sont gros.

Cet aspect histologique de la muqueuse utérine est comparable à celui que l'on a l'habitude d'observer vers le quinzième jour du cycle, avant la formation du corps jaune.

Exploration thermique :

L'exploration thermique au cours du cycle menstruel nous réservait une surprise; en effet, la température rectale prise le matin au réveil se maintenait pendant tout le cycle menstruel au-dessus de 37° .

Devant les résultats de l'examen Cyto-hormonal nous nous attendions à trouver au contraire une température au-dessous de 37° .

Traitement : Le 3 novembre 1950 nous commençons un traitement par :

- Hormone Hypophysaire : 10 U.S. par jour entre le 13e et le 16e jour après le début des règles.
- Progestérone entre le 16e et le 24e jour après le début des règles : Dose totale : 40 mg.

Action du Traitement :

- Les règles du 18 novembre sont normales et durent quatre jours. Il n'y a pas eu d'hyrorrhée. Mais la malade se plaint d'avoir souffert de douleurs à type de coliques utérines lors des deux premiers jours des règles.

- Le 22 décembre 1950 : les règles sont revenues le 16 décembre : elles étaient normales. Pas d'hyarorrhée. Le toucher vaginal permet de sentir un ovaire droit un peu augmenté de volume et légèrement douloureux à la palpation.
- Le 16 janvier 1951 : Les règles sont revenues le 10 janvier. Pas d'hydrorrhée. Pas de douleur. Le toucher vaginal ne permet plus de percevoir l'ovaire droit. A gauche on sent l'ovaire un peu augmenté de volume et légèrement douloureux.
- Une nouvelle exploration thermique de la malade, faite entre les règles de décembre et celles de Janvier, montre une température anale au réveil inférieure à 37° pendant les 14 premiers jours, supérieure à 37° au cours de la seconde moitié du cycle.
- Le Traitement est alors continué par les Extraits hypophysaires seuls à raison de 10 U.S. par jour entre le 13e et le 16e jour du cycle. La malade revue le 7 février 1951 n'a pas présenté d'hydrorrhée et semble guérie depuis cette date.
- En résumé : Nous avons eu l'occasion d'observer une malade présentant depuis deux ans, tous les mois, les deux premiers jours des règles, une hydrorrhée importante, dont nous avons obtenu la guérison grâce à

une thérapeutique par la Progestérone et les Extraits hypophysaires.

-:-:-

INTERPRETATION DES EXAMENS CYTO-HISTOLOGIQUES

La Biopsie de l'Endomètre utérin pratiquée avec la sonde de Novak le 24^e jour du cycle menstruel de nos malades a montré :

Le Chorion : Les cellules du chorion sont nombreuses.

Le chorion cytogène est dense. Les noyaux sont gros.

Les cellules sont dissociées par un oedème important

L'Epithélium de revêtement et celui qui tapisse les glandes est monostratifié.

Les cellules bordantes sont cylindriques, hautes.

Leurs noyaux sont basaux. Les mitoses sont nombreuses.

On n'observe pas de glycogène dans le cytoplasme.

Les glandes sont rares, rondes, ou parfois légèrement sinueuses, ce qui indique une prolifération des cellules bordantes.

Mais il n'y a pas d'indentations conjonctives.

-:-:-

Cet aspect de l'Endomètre correspond dans le temps à la phase de maturation du Follicule que l'on peut observer jusqu'au 14^e jour du cycle.

Nous nous trouvons donc au 24^e jour du cycle devant un endomètre utérin correspondant au 12^e, 14^e jour du cycle au plus. Tout se passe comme si le stade Folliculinique se trouvait prolongé dans le temps.

Comment interpréter cet aspect :

- S'agit-il d'une Hyperfolliculinie ? Nous ne le croyons pas. Nous ne retrouvons pas ici l'hyperplasie de l'endomètre si particulière à l'Hyperfolliculinisme, avec son épithélium glandulaire stratifié dont les lumières des tubes s'élargissent, deviennent kystiques, dont le stroma est oedémateux.

- Il pourrait s'agir d'une Hyperexcitation de l'ovaire par une gonadostimuline hypophysaire surtout riche en facteur folliculo-stimulant : Nous aurions encore ici une hyperplasie de l'endomètre.

- S'agit-il d'une alutéinie ou d'une hypolutéinie ?

L'absence de transformation prémenstruelle de la muqueuse plaide en faveur d'une insuffisance lutéinique mais tout ce que nous pouvons affirmer c'est que la lutéine n'a pas transformé l'endomètre.

- En effet, s'agit-il d'une hypo-ovarie à prédominance lutéinique ou bien sommes nous en présence d'un manque de réceptivité de l'endomètre à la lutéïne.

L'**action** de la Lutéïne se fait sur une muqueuse utérine préparée par la Folliculine. COURRIER a montré qu'il existe entre Folliculine et Lutéïne une véritable "synergie de simultanéité et de succession". Mais COURRIER a également montré que par doses suffisantes de Folliculine on peut obtenir des phénomènes d'antagonisme.

Nous pouvons peut-être interpréter le résultat de nos examens cyto-hormonaux comme la traduction histologique d'un déséquilibre du rapport Folliculine-Lutéïne.

-!-!-!-

ESSAI D'INTERPRETATION DES RESULTATS DU TRAITEMENT HORMONAL

Notre thérapeutique a consisté en l'administration à nos malades de Progestérone sous forme de solution huileuse injectée par voie intra-musculaire à la dose de 40 mgg., dose répartie entre le 16e et le 24e jour - et dans un cas d'Hormone Hypophysaire entre le 13e et le 16e jour.

Dans nos trois derniers cas l'Hydorrhée a été remplacée par une menstruation normale dès le mois suivant.

Dans notre premier cas au contraire, notre thérapeutique a déclenché l'hydorrhée menstruelle que nous avons guérie par administration de Folliculine avant la Progestérone. Comment expliquer l'action de la thérapeutique hormonale ? Pour obtenir des règles normales avec chute de l'endomètre la Progestérone ne peut agir que sur un endomètre préparé par la Folliculine. La menstruation étant la résultante d'un état d'équilibre entre la Lutéïne et la Folliculine.

Selon J. KREIS : "Les succès thérapeutiques ne sont pas dûs à un antagonisme Folliculine-Lutéïne, mais sont bien plus explicables par une action directe, pharmacodynamique, sur les "antennes réceptibles" musculature lisse, Diencéphale, système neuro-végétatif.

La guérison de nos malades nous semble s'expliquer par la Théorie de SMITH. Classiquement on considère l'hémorragie menstruelle comme le phénomène terminal d'un cycle dont la périodicité est assurée par les inter-actions du couple Hypophyso-ovarien. Pour VAN SMITH et BROOKLINE une toxine menstruelle prendrait naissance au niveau de la caduque menstruelle en voie de dégénérescence. Il s'agit d'une toxine isolée la première fois

par MACHT en 1924 du sang menstruel : la ménotoxine, apparentée au point de vue chimique d'une part au cholestérol, d'autre part aux hormones sexuelles. L'activité physiologique de cette toxine serait caractérisée par son action Vaso-Constrictive. Elle posséderait de plus une action stimulante sur l'hypophyse.

D'après la conception de VAN SLITH les produits élaborés par la muqueuse utérine en voie de desquamation, et en particulier cette ménotoxine, auraient une action excitante sur l'hypophyse, d'où réaction de gonadostimuline A ou Folliculo-stimuline, point de départ du cycle suivant.

Notre thérapeutique a contribué à remettre en route une chaîne rompue au niveau du maillon lutéinique et grâce à la création d'un cycle artificiel a restauré l'harmonie hypophyso-ovarienne.

CHAPITRE IV

T R A I T E M E N T

I - HYDRORRHEES UTERINES SYMPTOMATIQUES

Traitement de la lésion causale

Chirurgical	{	- Myomectomie
		- Ablation d'un polype
		- Hystérectomie pour cancer du corps
Médical	{	- Mycothérapie en cas d'infection

On a souvent la chance de guérir la malade. Sinon on se trouve en présence d'une Hydrorrhée idiopathique.

II - HYDRORRHEES IDIOPATHIQUES OU FONCTIONNELLES

A - Traitement médical :

Opothérapie : Extraits Hypophysaires en injections
intra-musculaires ou en cachet (DALCHÉ)
Extraits Mammaires.

Hormonothérapie : On utilisera la Progestérone dans
tous les cas où l'on peut soupçonner
une insuffisance lutéïnique.

Mode d'Administration -

Solutions huileuses injectables par voie sous-cutanée ou intramusculaire, à la dose de 5, 10 ou 25 mmg. par jour - 4 jours de suite - entre les 16e et 24e jours du cycle.

Les injections seront pratiquées pendant 2 à 3 mois -

puis Traitement de consolidation par :

- comprimés d'anhydroxyprogestérone dosés à 5, 10 ou 25 mmg.

Hydrothérapie - Diathermie

Sels de chaux - Vitamine D

Sédatifs du système Neuro-Végétatif

B - Traitement chirurgical:

- Dilatation du col et cautérisation du corps -
 - Formol
 - Mercurochrone
- Autrefois on a fait des curettages. Il n'en est plus question aujourd'hui.

- D'après COTTE - Si le toucher révèle un gros ovaire on est autorisé à pratiquer une Laparotomie.

On trouve assez souvent à l'intervention, un ovaire SCléro-kystique. On pratique une résection partielle ainsi qu'une résection du sympathique présacré. Bons résultats, durables en général (COTTE).

- L'Hystérectomie : On ne doit pas la faire chez des malades jeunes (ce qui est souvent le cas des malades atteintes d'hydrorrhée).

-:-:-:-

CHAPITRE V

CONDUITE A TENIR EN PRESENCE D'UNE HYDRORRHEE NON GRAVIDIQUE

En présence d'une Hydrorrhée non gravidique la conduite à tenir par le clinicien nous paraît devoir être la suivante:

I - Mettre tout en oeuvre pour essayer de diagnostiquer avec certitude les grosses lésions utérines :

- Fibromes - Polypes - Cancer du corps -
Adénomes du corps -

par - l'examen clinique courant : Toucher - Palper -

- l'hystérométrie : (noter un allongement parfois très grand de la cavité)

- l'hystérographie : examiner les films avec discernement - Ne pas être trop tenté d'attribuer l'hydrorrhée à de petits Fibromes; ce qui mènerait souvent à des opérations abusives. Pour reprendre la formule du Professeur CARAVEN

"A moins que l'image révèle des modifications profondes de la cavité utérine, il faut être très circonspect en ce qui concerne l'attribution de l'hyperménorrhée à une cause anatomique déterminée".

II - Si toutes les recherches sont négatives, si l'hyperménorrhée est d'apparence idiopathique, non-symptomatique, et quelque soit l'état général (Névropathique - Terrain Neuro-Arthritique) émettre par principe l'hypothèse d'une origine endocrinienne et faire les recherches complémentaires nécessaires.

1 - Etude de la courbe thermique -

Normalement on distingue une hypothermie relative ($36^{\circ}28$) à la phase folliculaire du cycle -

une hypothermie relative ($37^{\circ}2$) au stade lutéinique.

Toute modification de cette courbe thermique normale plaide en faveur d'un trouble hormonal sans toutefois le préciser d'une manière absolue.

2 - La Biopsie de l'endomètre :

Elle révèle souvent une insuffisance lutéinique.

- muqueuse mince, ne contenant pas de glycogène -
glandes rares non tortueuses.

3 - Les frottis vaginaux -

On ne trouve ni la diminution des cellules Eosinophiles, ni l'augmentation progressive des cellules basophiles, caractéristiques de la phase lutéale.

4 - Le Dosage du Prénandrol qui donne assez souvent des chiffres abaissés - Il renseigne sur l'état du corps jaune.

5 - Chercher s'il existe des troubles menstruels associés :

Hypermenorrhée - Polymenorrhée - Hypomenorrhée-

Si les recherches sont positives, faire le traitement approprié qui parfois sera efficace et donnera ainsi la preuve définitive.

III - Restent les cas où le traitement hormonal n'amène pas de guérison ou seulement une sédation passagère. La Pathogénie semble déborder le cadre d'une affection purement hormonale et l'hyrorrhée est peut-être alors le résultat d'un déséquilibre Neuro-Végétatif.

En effet la menstruation normale suppose non seulement l'intégrité des Ovaires, du récepteur (l'endomètre

utérin) et l'intégrité de l'Hypophyse, mais aussi le fonctionnement parfait du système nerveux végétatif, de toutes les liaisons Hypothalamo-Hypophysaires, des centres Hypothalamiques. C'est en effet/^{de} l'Hypothalamus que partent les incitations qui se transmettent ensuite à l'Hypophyse et par son intermédiaire aux glandes périphériques.

L'Hypothalamus étant lui-même sous le contrôle des formations nerveuses sus-jacentes et plus spécialement du Cortex, toute "agression" à un niveau quelconque de cet ensemble complexe peut déclencher un trouble de la menstruation et en particulier l'hydrorrhée.

Nous croyons voir dans ces formes d'hydrorrhée le résultat d'un trouble vaso-moteur. En effet nous connaissons l'importance du système Neuro-végétatif au niveau de l'appareil utéro-ovarien. Les expériences de M.R. COUJARD portant sur des essais de destruction de ganglions sympathiques, ont montré le rôle des ganglions sympathiques terminaux dans la réceptivité aux hormones sexuelles.

Les Recherches de M.P. ISIDOR d'autre part, sur l'histologie du système neuro-végétatif de l'utérus, l'ont amené à parler d'une véritable "Neurocrinie périphérique", et semblent pouvoir contribuer à démontrer que certaines actions hormonales ne sont pas directes mais "que plusieurs états y sont intercalés dont au moins un passe par le système neuro-végétatif."

L'importance du système neuro-végétatif est donc primordiale.

Tout déséquilibre vago-sympathique peut entraîner un trouble menstruel.

Dans la pathogénie de l'hydrorrhée rentre certainement pour part très importante le rôle des influences extérieures psycho-sensorielles. Chez un sujet normal l'émotion provoque des réactions passagères des centres végétatifs (modification vaso-motrices, cardio-vasculaires). Au contraire chez l'instable neuro-végétatif se produisent des troubles plus profonds entraînant parfois une participation des centres métaboliques et des centres hormonaux, parfois même de véritables maladies psycho-somatiques.

Nous pouvons entrevoir là le rôle des chocs émotionnels et peut-être un début d'explication de ces "Hydrorrhées séreuses des psychiques" dont parlait DALCHÉ.

Chez une malade atteinte d'Hydrorrhée l'examen
=====

clinique ne suffit pas. Des examens cyto-hormonaux répétés et des dosages hormonaux sont certes nécessaires, mais il nous semble indispensable de faire le bilan complet de la malade tant au point de vue neuro-végétatif qu'au point de vue psychosomatique.

CONCLUSION

Certaines jeunes femmes, rares il est vrai, perdent brusquement, de façon répétée, une quantité importante de liquide séreux d'apparence aqueuse.

Le diagnostic de la nature et de l'origine du liquide est souvent aisé.

Dans les cas douteux, l'analyse peut être nécessaire pour éliminer l'incontinence brusque d'urine.

L'hydrorrhée utérine vraie ainsi établie a deux variétés :

a) l'une secondaire ou symptomatique, due à de grosses lésions organiques de l'utérus (fibrome, avec large dilatation de la cavité utérine, polype fibreux intra-cavitaire ; la thérapeutique est celle de ces lésions;

b) l'autre jusqu'à présent qualifié d'idiopathique (c'est-à-dire de cause directe inconnue) était attribuée par les médecins à des congestions ou des déviations utérines, à des états névropathiques ou au terrain neuro-arthritique, à des influences nerveuses. La variété la plus curieuse en est l'hydrorrhée menstruelle.

L'expérimentation montre que l'injection de certaines hormones androgènes provoque une hypersecretion génitale; elle autorise l'hypothèse pathogénique hormonale. La clinique et la thérapeutique ont parfois prouvé cette origine.

En présence d'Hydorrhée utérine vraie, dite idiopathique, le clinicien doit donc chercher à établir le bilan hormonal de la malade, et prescrire, le cas échéant, la thérapeutique hormonale appropriée. Cette thérapeutique (faite **exclusivement**) s'est révélée efficace dans certaines observations.

A titre exceptionnel, le traitement chirurgical peut être indiqué (résection partielle d'ovaire sclérokystique et résection du sympathique présacré); il a donné assez souvent de bons résultats.

- - -

VU, le Doyen
L. BINET

VU, le Président de thèse
BROCQ

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. SARRAILH.

- 72 -

BIBLIOGRAPHIE

- BÉCLÈRE Claude Diagnostic hormonal et traitements
hormonaux en gynécologie -
Les leucorrhées des jeunes filles
- 1951 -
- BERTHAULT Fibromyomes fluctuants et hydrorrhéïques
de l'utérus - 1891 -
- BOIVIN et DUGES Hydrométrie - Symptôme de diverses
affections utérines - 1816 -
- BONAFOS et LAFFONT Hydrorrhées - Encyclopédie Médico-
Chirurgicale - 1950 -
- BRET et BARDIAU "Sur l'élévation thermique au début
de la grossesse -
Semaine des Hôpitaux - 6 mars 1950 -
- CARAVEN J. et SPRINGER A propos des Hydrorrhées menstruelles -
Gynécologie et Obstétrique - 1951 -
- CHAVEL Les pyosalpinx profluentes (étude
radiologique)
Gazette médicale de Picardie -
- CATALDI GAETANO Le système nerveux végétatif pendant
le cycle menstruel
Rivista Italiana di ginecologia
- 1947 -
- COTTE G. Résection du sympathique pelvien
pour hydrorrhée rebelle. Résultats
éloignés datant de deux ans.
Soc. de Chir. de Lyon, in Lyon
chirurgical -
- COTTE Troubles fonctionnels de l'appareil
génital de la femme - 1949 -
- CRUVEILHIER - COURT
et HEGAR Endométrites hyarorrhéïques

- DALCHÉ et DERVILLE Hydrorrhées par hypertonicité musculaire
- DALCHÉ Hydrorrhées séreuses des psychiques
- DALCHÉ Paul L'Hypophyse dans le traitement des maladies des femmes, de l'hydrorrhée
Revue mensuelle de gynécologie -
1919 -
- DERVILLE Maurice De l'hydrorrhée utérine non gravidique -
Thèse de Paris - 1924 -
- KELLER Contribution à l'étude de l'hydrorrhée
utérine - Revue française de gyné-
cologie et obstétrique - 1945 -
- LABHARDT Etiologie des symptômes gynécologiques
- Rev. méd. de la Suisse Romande -
- 1928 -
- LAURENT "De l'hydrométrie"
Thèse de Strasbourg - 1816 -
- LE ROCHE Guy Pathologie des glandes génitales -
Traité de Médecine - 1948 -
- LERICHE et STICKER Hydrorrhées par excitation ou section
du sympathique
- LESAGE Hypophyse et appareil utéro-ovarien
Thèse de Paris - 1918 -
- LICHTWITZ et FITOUSI Les frottis vaginaux et les autres
méthodes d'exploration ovarienne -
Semaine des Hôpitaux - 1947 -
- MATHIEU J. Un nouveau cas d'hydrorrhée traité
par la résection du sympathique
pelvien - Soc. de Chir. de Lyon -
- 1945 - In Lyon Chirurgical 1946 -

- E. MAY - A. NETTER et
A. HOCHFELD Infiltration novocaïnique du
ganglion cervical supérieur dans
les troubles des règles - Annales
endocrinologiques - 1946 -
- MENGE et JASCHKE Deux rapports au XIXe Congrès
allemand de gynécologie
(Vienne 1925)
- MONICARD F. Hormonologie sexuelle féminine
- 1943 -
- NEAU Henry L'Hydroménorrhée en dehors de la
grossesse -
Thèse de Paris - 1919 -
- NETTER A. La température cervico-utérine
Note préliminaire - Ann. endoc.
- 1947 -
- R. PALMER et A. LIESSE Recherches sur la physiologie du
muscle utérin de la femme non
gravide - Le tonus isthmique au
cours du cycle menstruel -
Revue de la Société de Biologie
- 1946 - Tome 140 -
- POULIOT Les extraits d'Hypophyse en
gynécologie (Journal de Médecine
de Paris - 1921 -
- POZZI Traité de Gynécologie - 1905 -
- PUNDEL J.P. Les frottis vaginaux et cervicaux
Bases biologiques et indications
cliniques gynécologiques - 1950 -
- REYNOLDS S.R.M. "The physiologic bases of
menstruations : a summary of current
Concepts" - nov. 1947 -
- SAINTON, SIMONNET,
BACUHA Endocrinologie clinique, thérapeu-
tique et expérimentale - 1952 -

SIMONNET et ROBEY

Les Androgènes - 1942 -

VAN S. SMITH George
et H.D. BROOKLINE

Menstrual toxin - Chirurgical
Significance - Toxine menstruelle
signification clinique -
(Amer. J. Obst. an gyn. août 1947)

TRELAT

Fibromes hydorrhéiques

VALLE G.

Recherches sur le mécanisme hormonal
de la courbe thermique et son utili-
sation dans le diagnostic et la
thérapeutique gynécologique.
(La Gynécologia - Nn 47)

VARANGOT

Hormonothérapie gynécologique
- 1946 -

VIGUES

Physiologie gynécologique - 1927 -

